



Minuta Proyecto de Ley: Salud mental integral

Diciembre 2025

Ref.: Boletín N° 17.003-11

Mensaje: Julio 2024

I. Antecedentes

- El Presidente Boric en varias oportunidades se ha referido a la preocupación de su gobierno por la salud mental de la población y al compromiso del Estado para abordarla. En la Cuenta Pública 2024 mencionó el ingreso del proyecto de ley, el que se concretó en julio del 2024.
- El año 2021 se publicó la ley N° 21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. No obstante, el reglamento sigue sin ser publicado. Desde el Minsal comentaron que existe colisión entre el contenido de esta ley y otras normas vigentes. El nuevo texto buscaría corregir aquello, y de ahí su imposibilidad de gestionar el reglamento.
- En los antecedentes del proyecto de ley se sugiere atender la definición de salud mental que entrega la OMS: “no es sólo la ausencia de enfermedades o trastornos de salud mental, sino un estado de bienestar en el que las personas puedan afrontar las tensiones normales de la vida, permitiéndoles educarse, aprender y trabajar adecuadamente, desarrollando la totalidad de sus habilidades y contribuyendo a la mejora de su comunidad”. Suscribe, además, Declaración de Caracas, que establece que los cuidados y tratamientos en salud mental deben salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles; así como la recomendación de la Organización Panamericana de Salud (OPS), que sugiere a los Estados dictar leyes que, junto con promover y proteger la salud mental durante toda

la vida de las personas, integren la salud mental en todas las políticas públicas y mejoren los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario.

- El proyecto de ley surge luego de un proceso nacional de diálogos ciudadanos sobre la salud mental liderado por la Subsecretaría de Salud Pública, en el que participaron más de 2.700 personas.

II. Contenido

1. Objeto, conceptos y principios:

- Se establece como objeto de la ley la promoción y la protección de la salud mental y el bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida; favorecer la inclusión social; y dar un abordaje integral a las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual (art. 1).
- Se remiten una serie de conceptos a la Ley N° 21.331 tales como salud mental, determinantes de la salud mental, y enfermedades o trastornos de salud mental. Además, se define “vida independiente” en los términos de la Ley N° 20.422 sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad (art. 2).
- Se establecen como principios para la interpretación y aplicación de la ley la cooperación, la coordinación, la igualdad de derechos y equidad de género, la participación, el diálogo social y el trato paritario (art. 3).

2. Acciones del Estado y de sus organismos para la promoción y protección de la salud mental:

- Se establece el deber del Estado de promoción y protección de la salud mental a través de sensibilización y concientización, la inclusión social, desarrollo de políticas de apoyo para la vida independiente, etc.
- Se establece que el Estado debe promover un enfoque descentralizado y territorializado de los cuidados de salud mental de tipo sanitario o sociosanitario (art. 5).
- Se establecen acciones para ser realizadas por los ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Previsión Social, Vivienda y Urbanismo, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Servicio de Protección. Ministerio de Justicia y Ministerio de Seguridad Social (art. 6 – 21).

3. Política Nacional de salud mental, Plan de Acción y Comité Interministerial (art. 22–25):

- La Política tendrá como objetivo propender a la creación de condiciones que promuevan y protejan la salud mental, el bienestar y la inclusión social. Tendrá una duración de 10 años.

- La implementación de la Política se ejecutará a través de un Plan de Acción, el cual contendrá las estrategias, iniciativas, acciones, programas, organismos responsables, metas, plazos, indicadores y gestiones. Tendrá una duración de 5 años.
- La Política y su Plan serán aprobados por el Ministerio de Salud a propuesta del Comité Interministerial de Salud Mental.

4. Atributos de los servicios asistenciales de salud mental (art. 27):

- Desarrollar acciones y programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental en contexto de atención individual, familiar, grupal o comunitaria, cautelando la continuidad de los cuidados.
- Atención ambulatoria y disciplinaria debe entregarse a través de equipos interdisciplinarios, respondiendo a criterios territoriales y poblacionales, procurando la continuidad de los cuidados y con énfasis en el abordaje de la discapacidad psíquica o intelectual y la dependencia.
- Actuación coordinada para proveer apoyo a personas hospitalizadas.
- El personal clínico de atención de urgencia debe acceder a formación y capacitación periódica en salud mental.
- La hospitalización psiquiátrica puede ser provista en hospitales de baja, mediana y alta complejidad.

5. Modificaciones a la Ley N° 21.331 (sobre salud mental y derechos de las personas):

- **Ampliación del concepto de salud mental para incluir adicciones y trastornos neurológicos:** se incorporan como enfermedades o trastornos de salud mental las condiciones relacionadas con el consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas, así como los trastornos neurológicos que produzcan discapacidad psíquica o intelectual. Con esto, estas condiciones pasan a ser parte explícita de las prestaciones y cuidados en salud mental, mediante modificaciones al artículo 2° de la Ley N° 21.331.
- **Ajuste del uso de la voluntad anticipada en salud mental:** se modifica el inciso cuarto del artículo 4, reemplazando la exigencia de que la voluntad anticipada opere solo ante “afecciones futuras y graves a la capacidad mental que impidan manifestar consentimiento”. En su lugar, se amplía su aplicación a afecciones futuras que limiten el ejercicio de los derechos de la persona, con especial foco en aquellas que afecten su capacidad de expresar voluntad y preferencias en salud mental.
- **Mayor autonomía en decisiones de salud mental:** se incorpora un nuevo inciso séptimo al artículo 4, estableciendo que la sola presencia de una enfermedad o trastorno de salud mental —con o sin discapacidad psíquica o intelectual— no puede

justificar negar la manifestación de voluntad de la persona ni poner en duda las decisiones que adopte en materia de salud mental.

- **Nuevas reglas para hospitalización psiquiátrica: definición, requisitos y vínculos con medidas de protección:**
 - El proyecto introduce cambios al artículo 11, precisando que tanto la hospitalización voluntaria como la involuntaria deben sustentarse en una opinión médica, además de los requisitos específicos que fija el artículo 13 para la hospitalización involuntaria.
 - Se incorpora un nuevo artículo 12 bis, que define la hospitalización voluntaria como un acuerdo libre e informado entre la persona y su equipo tratante, basado en la comprensión de la indicación médica y/o en la solicitud de la persona.
 - Si la persona pide el alta y el médico estima que ello genera riesgo, debe iniciarse el procedimiento de hospitalización involuntaria.
 - La medida de protección administrativa que una OLN puede decretar debe igualmente basarse en una opinión médica y profesional, conforme al art. 68 de la Ley N° 21.430.
 - Se establece que la hospitalización involuntaria puede ser sanitaria o judicial. El nuevo artículo 13 bis regula los casos en que procede la hospitalización involuntaria judicial y sus requisitos, en concordancia con el art. 71 de la Ley N° 19.968.
- **Propone un “Plan de Desinstitucionalización”:** este ha de ser elaborado por los ministerios de Salud y Desarrollo Social. Dicho plan será el encargado de dar cumplimiento a los literales f) y g)¹ del artículo 4 de la nueva ley. Esto incluye, entre otros elementos, la aplicación del “enfoque de derechos” en los modelos de intervención de los establecimientos de salud mental.

6. Modificaciones al Código Sanitario (CS):

- **Fin de la curaduría provisoria por hospitalización psiquiátrica:** se eliminan las normas que permitían que los directores de establecimientos psiquiátricos asumieran la curaduría provisoria de los bienes de personas hospitalizadas.
- **Cambio en la forma de describir la hospitalización psiquiátrica:** se actualiza la denominación del Libro VII para reemplazar un enfoque centrado en “observación y reclusión” por otro orientado a la hospitalización psiquiátrica de personas con trastornos de salud mental.

¹ Es posible que exista una errata en el proyecto de ley: que, en realidad, el art. 28-núm. 11 haya querido hacer referencia no a los literales f) y g) del art.4, sino a sus literales e) y f).

- **Nueva definición de cómo se decide una hospitalización psiquiátrica:** se sustituye el modelo vigente, que entregaba la decisión central a la autoridad sanitaria, por reglas que establecen que:
 - Toda hospitalización debe fundarse en una opinión médica.
 - Puede ser voluntaria o involuntaria.
 - La hospitalización involuntaria puede ser sanitaria o judicial.
- **Inclusión explícita de adicciones y trastornos neurológicos en el concepto de salud mental:** se redefine el contenido del artículo 131 para señalar que dentro de los trastornos de salud mental se incluyen el consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas, y los trastornos de origen neurológico que generen discapacidad psíquica o intelectual.

7. Modificaciones a la Ley N° 20.584 (sobre derechos y deberes de los pacientes):

- **Reconocimiento expreso de identidad de género y prohibición de terapias de conversión:** se incorpora un nuevo literal que obliga a respetar la identidad de género y la orientación sexual de las personas, y prohíbe las terapias de conversión, entendidas como prácticas, conductas o comentarios reiterados en el ámbito de la atención de salud destinados a modificar o reprimir la orientación sexual o identidad de género.
- **Eliminación de facultades para negar acceso a la ficha clínica:** se suprimen las normas que permitían, en ciertos casos, que el profesional tratante denegara al paciente el acceso a su ficha clínica.
- **Creación de instancias nacionales y regionales de protección de derechos en salud mental:** crea la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y las Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental.
- **Nueva función asesora del Ministerio de Salud en materia de derechos en salud mental:** la Comisión Nacional pasa a asesorar al Ministerio de Salud en todas las materias relacionadas con salud mental, especialmente en la promoción y protección de los derechos de las personas con enfermedad o trastorno de salud mental, estableciéndose además sus funciones específicas.
- **Instalación de Comisiones Regionales con rol de revisión de casos:** se establece la existencia de Comisiones Regionales en todas las regiones, dependientes de las SEREMI de Salud, integradas por un funcionario que preside y al menos tres representantes de la sociedad civil (incluyendo a un representante de usuarios o “expertos por experiencia”). Sus integrantes actúan ad honorem y ejercen funciones de revisión de casos conforme a la Ley N° 21.331.

8. Modificaciones a la Ley N° 18.600 (que establece normas sobre “deficientes mentales”):

- **Actualización del lenguaje:** el nombre de la ley modifica su referencia de “deficientes mentales” a “personas con discapacidad mental”.
- Nueva definición de discapacidad mental basada en interacción con barreras del entorno.
- **Nueva definición de discapacidad mental basada en interacción con barreras del entorno:** se sustituye la definición vigente por una que describe a la persona con discapacidad mental como aquella que, teniendo una o más deficiencias psíquicas o intelectuales, ve limitada su participación plena y efectiva en la sociedad debido a barreras del entorno.
- **Establecimiento de criterios cuantitativos para determinar discapacidad mental:** el nuevo artículo 2° agrega que, para efectos de la ley, la discapacidad mental implica una disminución de al menos un tercio de la capacidad educativa, laboral o de integración social, entendiéndose disminuida cuando dicha capacidad es igual o inferior al 70% de lo esperable para una persona de igual edad y contexto social y cultural.
- **Eliminación de establecimientos especiales de salud mental:** se suprime el artículo 9, eliminando la figura de establecimientos especiales de salud mental y reemplazándola por un modelo en que cada hospital o clínica cuente con un área de salud mental, evitando la segregación institucional.
- **Fin de las curadurías provisionales ejercidas por directores de establecimientos:** se elimina el artículo 18, poniendo término a la práctica en que los directores de establecimientos asumían curadurías provisionales sobre los bienes de pacientes hospitalizados.

9. Se suprimen los art. 36 y 38 de la Ley N° 19.925 sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas: el juez ya no podrá ordenar la medida de internación no voluntaria de tratamiento de alcoholismo; y, además, se impide que cualquiera de los miembros de la familia del paciente pida que se le nombre un curador por el tiempo que dure la hospitalización. Esto se hace con el objeto de adecuar dicha ley a la exigencia de exámenes médicos.

III. Comentarios

1. El proyecto de ley carece de un diagnóstico sobre el estado de la salud mental de la población y sobre posibilidad de acceso:

1.1 El proyecto carece de diagnóstico:

- No existe una base empírica y sólida que justifique los lineamientos que se escogieron para orientar el proyecto de ley (como la promoción de la desinstitutionalización, que está contenida en los fundamentos del PL y que permea buena parte de la propuesta). La propuesta se basa exclusivamente en un proceso de “diálogos ciudadanos sobre salud mental”, en los que participaron cerca de 2.700 personas. Dichos diálogos, si bien pueden ser valiosos, son insuficientes para fundamentar un proyecto de ley de esta envergadura.
- El proyecto carece de un diagnóstico claro de las causas del deterioro de la salud mental en Chile, pero considera implícitamente el “entorno” (laboral, urbano, educativo, etc.) como una explicación total, cuando en realidad es solo una parte de un problema mucho más complejo.
- Sin embargo, las labores de prevención y promoción son complejas de llevar a cabo desde los distintos ámbitos, pues no hay una noción sobre qué beneficia o perjudica la salud mental. Si bien dicha reflexión no es parte de una ley, se espera que en los fundamentos y principios que guían el proyecto se explicita más claramente qué ha cambiado en nuestro país para tener tan altos niveles de deterioro en la salud mental.

1.2 El proyecto se denomina “integral” pero no considera la dificultad en el accesos como una parte del problema de la salud mental:

- El proyecto no se hace cargo de una de las mayores problemáticas que existen hoy en salud mental: la dificultad en el acceso a tratamientos y hospitalizaciones.
- Tal como mencionó el expositor Carlos Ibáñez, representante de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría²:
 - De las 1500 camas que se requieren en adultos, hay sólo 1020.
 - Sólo hay 264 camas infanto-adolescentes; faltan al menos 134.
 - Existen 219 hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad psicosocial financiados por MINSAL al 2024, con un total de 1889 plazas. La lista de espera sobrepasa la oferta de forma significativa. **El 2023 logró cubrir sólo el 9,3% de su población objetivo.**

² Comisión de Salud del Senado; sesión de fecha 13 de agosto de 2024.

- En Chile, hay alrededor de 5 camas para hospitalización por causa de salud mental por cada 100.000 habitantes; y en la RM, alrededor de 9. Estándares internacionales han sostenido que la escasez severa de camas se da debajo de las 20 por cada 100.000 habitantes.

2. El proyecto carece de financiamiento y de una estrategia para cerrar brechas:

- El proyecto dice querer establecer un marco integral para la salud mental. Sin embargo, dilata en forma injustificada una serie de medidas urgentes que dependen del Ejecutivo, tales como financiamiento y propuestas concretas para cerrar brechas en el acceso y aumentar camas psiquiátricas.
- Según observó el Senador Castro, es lapidario el informe de brechas que entregó el Ministerio de Salud (septiembre de 2024): hay 35.000 pacientes en lista de espera de salud mental y un déficit de hasta 50% en camas de internación³. No obstante, dichas cifras no figuran en los antecedentes del proyecto de ley.
- Se establecen una serie de atributos con los que deben contar los establecimientos de salud y un conjunto de prestaciones para las necesidades de cuidado de la salud mental de la población a su cargo, considerando las distintas etapas del curso de vida de las personas. Sin embargo, el proyecto no cuenta con financiamiento para cubrir dichos hábitos y necesidades.
- Se elimina la figura de establecimientos especiales de salud mental y se la reemplaza por un modelo en que cada hospital o clínica cuente con un área de salud mental, para evitar la segregación institucional. Sin embargo, no hay un plan ni recursos asociados para esto.

3. El proyecto promueve la desinstitucionalización sin una estrategia concreta para hacerse cargo de los pacientes:

- La desinstitucionalización como un objetivo primordial genera dudas legítimas sobre qué hacer con los casos más graves en que efectivamente se necesitan camas, o con el problema de los reos inimputables, que son un caso problemático para los tribunales⁴.
- Si bien la indicación N° 68 del Ejecutivo se hizo cargo parcialmente del problema al señalar que el plan de desinstitucionalización debe abordar estas situaciones, este plan es una promesa que no se ha diseñado y que no se entiende como viable si consideramos las faltas de capacidades y atenciones que existen actualmente. En el fondo, se parte del supuesto que en Chile estarían siendo hospitalizadas, por razones

³ Comisión de Salud del Senado; sesión de fecha 26 de noviembre de 2024.

⁴ Ibíd.

psiquiátricas, una gran cantidad de personas, pero no se señalan cifras al respecto; y la falta de camas psiquiátricas plantea, al menos, la duda de si esto es o no cierto.

4. El proyecto de ley elimina la curaduría provisoria de los directores de los establecimientos con el objeto de resguardar la autonomía de los pacientes, pero no se pone en el caso de aquellos que pierden el juicio de realidad:

- Con el objeto de respetar la “autonomía individual” e “independencia” de los pacientes, el proyecto suprime las reglas de curaduría provisoria de los directores de los establecimientos psiquiátricos, de bienes de las personas hospitalizadas en establecimientos psiquiátricos contenidas en el Código Sanitario.
- El problema es que con frecuencia se ven casos de pacientes que, por causa de una enfermedad o condición, no tienen juicio de realidad. Esto hace muy complejo suprimir las reglas de curaduría porque quedan desprotegidos, ya que no son capaces de tomar decisiones de manera autónoma, independiente y responsable. Estas reglas son una forma de protección.
- Para eliminar el actual formato de curaduría provisoria que tienen los directores de establecimientos psiquiátricos (que es bastante amplia), el proyecto debería hacer un llamado a distinguir si los pacientes están o no capacitados para tomar decisiones responsables respecto de sus bienes. Esta distinción debería hacerse a través de un diagnóstico profesional, y no la ley de antemano.

5. El Estado intenta fomentar la participación de quienes tienen enfermedades o trastornos de salud mental, pero carece de recursos para generar las condiciones o incentivos, y no distingue las diversas realidades de quienes los padecen:

- Es el caso del rol del Ministerio del Trabajo y Previsión Social en la promoción de políticas orientadas al acceso y mantención del empleo de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, particularmente de aquellos con discapacidad psíquica o intelectual.
- También es el caso del Ministerio de Vivienda y Urbanismo que debe promover el desarrollo de proyectos para el mejoramiento de entornos urbanos y habitacionales, incluyendo barrios y condominios, que contribuyan a la salud mental de la población.
- Lo mismo se establece respecto del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y el Servicio de Protección: buenas intenciones, grandes ambiciones, pero sin recursos. En el caso del Servicio de Protección y el deber de que sus programas protejan la salud mental y exista acceso priorizado a servicios de atención de salud mental, se trata de acciones que hoy mismo, el Servicio debería llevar a cabo.

6. No queda bien delimitado el sentido y alcance del concepto “terapias de conversión”, por lo que no es claro qué es exactamente lo que se prohíbe. Ello perjudica al paciente:

- El proyecto prohíbe las “terapias de conversión”, y las entiende como “prácticas, conductas o comentarios reiterados en el ámbito de la atención de salud destinados a modificar o reprimir la orientación sexual o identidad de género”.
- Al no delimitar cuáles son exactamente esas “prácticas o conductas” que presuntamente “reprimen la identidad de género”, podrían quedar prohibidas las “terapias exploratorias u holísticas” (que ofrecen una mirada alternativa al “enfoque género-afirmativo” promovido implícitamente en esta ley). La terapia exploratoria resulta beneficiosa para la salud mental de muchos pacientes identificados como trans, por lo que impedirla por ley es un perjuicio para ellos.
- Lo anterior incluye, por ejemplo, el riesgo de que queden prohibidas las preguntas de un profesional de la salud dirigidas a comprender de dónde proviene la incomodidad que un paciente autoidentificado trans expresa respecto de su propio cuerpo sexuado. El Informe Cass y la evidencia más reciente muestran que, en muchos casos, el sistema de salud atribuye erróneamente a una persona la “identidad trans” por la negligencia de esquivar preguntas acerca de posibles comorbilidades: dismorfias corporales, trastornos de la conducta alimentaria, estrés postraumático por abuso sexual y trastorno por abandono, entre otras dolencias.

7. Como aspecto positivo se rescata la existencia de cambios en el lenguaje:

- Dentro de sus propuestas de reforma al Código Sanitario, a la Ley 21.221 y a la Ley 18.600, este proyecto sugiere, acertadamente, un cambio de lenguaje respecto de tres conceptos:
 - Cuando se refiere al Código Sanitario, el proyecto de ley propone dejar de hablar de “enfermos mentales”, y pasar a hablar de “personas con enfermedades o trastornos de salud mental”.
 - Cuando se refiere a la ley 21.331, el proyecto de ley propone dejar de hablar de “conductas perturbadoras”, y pasar a hablar de “conductas de riesgo”.
 - Cuando se refiere a la ley 18.600, el proyecto de ley propone dejar de hablar de “deficientes mentales”, y pasar a hablar de “personas con discapacidad mental”.
- Cabe valorar de forma positiva estos tres cambios en el lenguaje, pues permiten enfatizar el carácter de persona digna que tiene cada paciente, en vez de identificar a este último exclusivamente con la enfermedad, discapacidad o trastorno por el que está atravesando.

IV. Conclusión

El proyecto de ley aspira a generar un marco integral para el abordaje de la salud mental en nuestro país. Para ello aborda diversas problemáticas desde la elaboración de conceptos y principios, hasta la asignación de roles a los diferentes servicios del Estado y la elaboración de instrumentos de gestión. Sin embargo, la falta de recursos disponibles para llevar adelante las intenciones que tiene el proyecto, hace que sólo se trate de un compilado de buenas intenciones.

Es importante destacar que más allá de la falta de recursos, el proyecto no hace un diagnóstico de la situación del país en materia de salud mental, no sólo respecto a las causas que la han deteriorado, sino respecto a las posibilidades de acceso a centros hospitalarios, terapias u otras formas de tratamiento en la materia, que son significativamente escasas. Especial mención merece el plan de desinstitucionalización que no considera diagnóstico, lineamientos ni objetivos claros, por lo que no se entiende su inclusión más allá de declarar una intención futura.

Si bien cabe valorar positivamente algunas adecuaciones puntuales respecto a la normativa y al uso de ciertas palabras, un proyecto integral debe abordar el tema en todas sus complejidades y no limitarse a dar lineamientos sin evidencia que los sustente; debe contener cifras que den cuenta del problema y recursos que hagan factible avanzar en las dimensiones que se proponen. **En este sentido, se propone rechazar el proyecto de ley y avanzar en las adecuaciones a la normativa mediante una ley de armonización** que no establezca definiciones futuras sobre el tratamiento de la salud mental sino hasta que estén los recursos disponibles para poder lograr los cambios que se quieren.